

Enfermedades transmisibles, sistemas sanitarios y ayuda humanitaria en África

por Antoine Degrémont

¿Cuál es la situación hoy, qué enseñanzas hay que extraer y qué estrategias se deben adoptar en la lucha contra las enfermedades transmisibles? Ello, unos quince años después de dos importantes acontecimientos en el desarrollo de la salud: la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria de salud y el descubrimiento del último caso de viruela en el mundo. Estas son las preguntas a las que intentaremos responder en el presente artículo, fundándonos en la experiencia del Instituto Tropical Suizo en África.

Balance de la situación y de sus principales determinantes

La viruela ya no ha vuelto a manifestarse y puede, pues, considerarse como definitivamente erradicada; la oncocercosis y la enfermedad del sueño ya no plantean mayores problemas de salud pública y las epidemias de fiebre amarilla son menos importantes; se ha desarrollado e introducido un medio sencillo y poco oneroso (soluciones de rehidratación oral) para tratar las diarreas infecciosas... y eso es prácticamente todo en cuanto al «activo», teniendo en cuenta los recursos disponibles en África en el sector de la salud.

El «pasivo» del balance, en cambio, se ha deteriorado bastante e incita bien poco al optimismo. En primer lugar, la aparición del sida y su vertiginosa propagación, primeramente en África central y oriental, donde ha destruido amplias capas de población activa y dejado miles de huérfanos. En África occidental, la situación presenta un desfase en el tiempo,

pero no es por ello menos dramática. La ineficacia de los programas para combatirlo y las trabas socioculturales han retrasado y siguen retrasando su prevención. Es imposible prever actualmente cuándo el sida detendrá su avance en África ni, por consiguiente, qué repercusiones socio-económicas y culturales tendrá a comienzos del próximo milenio, como no sea que éstas serán catastróficas.

El paludismo también continúa siendo tan frecuente y mortífero —si no más— que en el pasado, debido a la aparición y a la rapidísima difusión de resistencias a los medicamentos antipalúdicos. Solo la semi-inmunidad que se manifiesta tras múltiples ataques palúdicos y a costa, por lo tanto, de una elevada mortalidad infantil, permite a la cloroquina conservar cierta eficacia y seguir siendo el tratamiento más indicado contra la enfermedad. Los otros medicamentos antimaláricos son demasiado costosos para utilizarlos a gran escala. Por otro lado, hay pocas posibilidades de que se comercialicen nuevos fármacos o vacunas en el próximo decenio. Con respecto a la prevención masiva en zonas endémicas, solo se puede contar, aunque principalmente cuando la transmisión es estacional, con los mosquiteros impregnados de insecticidas.

Aparte de las esquistosomiasis y, en menor grado, de la helmintiasis, las demás enfermedades denominadas «tropicales» no suponen problemas prioritarios de salud. La dracunculosis o infestación con gusanos de Guinea, invalidante y teóricamente muy fácil de prevenir, es objeto, desde hace varios años, de un programa de erradicación. Este se ha reactivado recientemente, manteniendo su enfoque vertical*, pues es una de las raras enfermedades «fácilmente» erradicables si se invierten los recursos necesarios.

El cólera, la meningitis e incluso el sarampión siguen causando epidemias mortíferas. La poliomielitis es aún endémica e invalidante, mientras que está en vías de ser erradicada en el continente americano. Los casos de tétanos son frecuentes, sobre todo, en los recién nacidos. Ciertamente, los métodos de prevención de esas enfermedades infecciosas (rehidratación precoz y vacunas) no son siempre óptimos, pero hay que decir que su eficacia resulta a menudo muy reducida, como veremos más adelante, a la hora de aplicarlos.

La tuberculosis es un grave problema de salud en África. Con la pandemia del sida, que la favorece, y las crecientes resistencias a los

* Los enfoques y programas «verticales» se caracterizan por intervenciones focalizadas en una enfermedad y mal integradas en las actividades de los servicios sanitarios periféricos.

fármacos, ha aumentado y continuará aumentando su incidencia. Junto con el paludismo y las enfermedades diarreicas, las infecciones de las vías respiratorias constituyen —hecho que suele olvidarse— una de las tres principales causas de mortalidad y de invalidez.

Por otra parte, durante ese mismo período, los servicios públicos de salud se han deteriorado en muchos países por diversas razones. La estrategia «mundial» de la atención primaria de salud, basada en los agentes sanitarios de la comunidad, no ha dado los resultados esperados, debido a la falta de adecuación socioeconómica y, en gran parte, porque su aplicación y supervisión requieren más tiempo y recursos de los previstos inicialmente. Las organizaciones internacionales adoptaron muy pronto, durante los años ochenta, una estrategia «selectiva». Esta se tradujo en la realización de numerosos programas verticales (vacunación, salud maternoinfantil, lucha contra las enfermedades prioritarias, etc.), los cuales competían a menudo entre sí y se integraban mal en las estructuras sanitarias periféricas. Contrariamente a otros continentes, África, por ejemplo, no solo no había alcanzado, en 1990, los objetivos del Programa Ampliado de Inmunización de la OMS y del UNICEF, lanzado en el transcurso del decenio, sino que, además, sus tasas de cobertura de vacunación han descendido, desde entonces, a niveles alarmantes en varios países. Lo que fue bueno para los demás continentes no lo ha sido para África y conviene extraer de ello las debidas enseñanzas.

Mientras los hospitales generales nacionales mantenían su nivel como mejor podían, consumiendo buena parte de los recursos disponibles para la salud, los hospitales públicos de distrito se iban degradando y ya no pueden desempeñar a menudo su papel de primera referencia. Los administrados por organizaciones no gubernamentales se han integrado o han sido con frecuencia integrados en las redes sanitarias nacionales, pero muchos son de dimensiones desorbitadas y/o no tienen verdadera vinculación con los servicios periféricos.

A ello hay que añadir los movimientos migratorios, cada vez más importantes, particularmente a las ciudades, muy abandonadas en el transcurso de los últimos treinta años en cuanto a la infraestructura, que ya no ofrecen los adecuados servicios sanitarios y presentan un nivel de higiene a menudo deplorable.

Afortunadamente, las nuevas orientaciones adoptadas al comienzo de la década actual permiten vislumbrar mejores perspectivas, que se caracterizarán, como veremos más adelante, por la descentralización de las responsabilidades y de la toma de decisiones.

Posición del Instituto Tropical Suizo en materia de desarrollo de la salud

Durante los primeros cuarenta años de su existencia, es decir, hasta 1983, el Instituto Tropical Suizo (ITS) se especializó en la investigación y la formación en materia de enfermedades tropicales. Paralelamente, ha procurado siempre que los países en desarrollo se beneficien, a su vez, de esos conocimientos prácticos, esencialmente mediante la formación de personal sanitario suizo que va a trabajar a esos países, así como de profesionales tanzanos en el Centro de Ifakara.

El Centro de Ifakara tuvo una importancia primordial para el ITS, no sólo porque le permitió adquirir experiencia, como acabamos de señalar, sino también porque le hizo descubrir a fondo un nuevo medio, una nueva cultura y los problemas del desarrollo. A comienzos de los años ochenta, este centro aún era el «laboratorio sobre el terreno» del ITS y las cargas de la enseñanza se transfirieron al personal nacional. El ITS se orientó entonces hacia la investigación aplicada —esta vez a largo plazo y ya no ocasionalmente, como en el pasado— determinada en función de las necesidades locales. A los estudios sobre la lucha contra las esquistosomiasis y el paludismo se agregaron nuevos ámbitos de investigación: etiología y tratamiento de las enfermedades diarreicas y de las anemias; asistencia a niños aquejados de malnutrición; diagnósticos comunitarios, etc... A pesar del apoyo técnico y económico complementario prestado al sector sanitario, los resultados de esas investigaciones seguían sin difundirse de manera satisfactoria dentro de los servicios de salud. Esto indujo al ITS a orientarse, por una parte, hacia enfoques menos onerosos de diagnóstico y de evaluación [1]** y, por otra, hacia investigaciones sobre el funcionamiento de los servicios de salud, particularmente por lo que atañe a los costos y la calidad de sus prestaciones [2].

Paralelamente, se puso en marcha un proceso de integración por etapas (potenciación de las capacidades locales; descentralización de la gestión; diversificación de los recursos económicos) del «laboratorio sobre el terreno» de Ifakara. En 1990, este laboratorio tomó el nombre de *Ifakara Centre* y pasó a ser una filial del *National Institute of Medical Research* de Tanzania [3]. Hoy el centro dirige investigaciones tan variadas como los ensayos sobre el terreno de una potencial vacuna contra el paludismo o el estudio de la interfase entre los servicios sanitarios y los usuarios por lo que respecta a la percepción de los problemas de salud y de la calidad

** Las cifras 1-5 se refieren a la bibliografía (v. p. 9).

de las prestaciones. Aunque su grado de autonomía es cada vez mayor, mantiene un estrecho contacto con el ITS.

Fue a partir de finales de los años ochenta cuando el ITS inició realmente una cooperación en el desarrollo de la salud. No solamente en el ámbito de la investigación y de la enseñanza esta vez, sino también como órgano ejecutor de proyectos de la Cooperación Suiza para el Desarrollo. Primero en Chad, donde presta su apoyo para reforzar y desarrollar los servicios de salud de dos prefecturas sociosanitarias, en una de las cuales está situada Yamena, la capital; y luego en Tanzania, donde se encarga, desde 1990, de realizar un programa análogo en la región de Dar-as-Salam.

Por último, desde 1994, el ITS ha emprendido actividades de control del medio ambiente en relación con la salud. Dirige dos nuevos proyectos del Fondo Nacional Suizo para la Investigación Científica: uno en Burkina Faso, relativo al impacto sobre la salud de los cultivos de hortalizas en medio urbano, y el otro en Chad relacionado con la responsabilización de las comunidades con respecto a sus problemas medioambientales.

Rico en experiencias y consciente de sus responsabilidades, tanto en el Tercer Mundo como en Suiza, el ITS ha elaborado en estos últimos años unos criterios sobre el desarrollo de la salud y su propio desarrollo que, por las razones expuestas a continuación, lo orientan cada vez más hacia la salud internacional y la cooperación:

- los conceptos y las estrategias de desarrollo de la salud no son universales y deben, pues, adaptarse a la diversidad cultural, política, socioeconómica e incluso biológica de cada país. Puestos así a prueba en otro sistema, pueden tanto fracasar como propiciar una evolución positiva. De ello deben extraerse las debidas enseñanzas, también para los países industrializados;
- los problemas de salud tienen su origen y su solución en el seno de diferentes sistemas y subsistemas, complejos y muy intrincados. Se ha de proceder, pues, de manera sistemática y prestar especial atención a las interfases entre ellos. Esto implica un trabajo de equipo no solamente multidisciplinario sino, sobre todo, transdisciplinario.

Los cambios que se aporten a un sistema sanitario deben proceder de las comunidades locales para garantizar su durabilidad y no deben estar promovidos por sistemas exteriores. Así pues, la cooperación para el desarrollo debe traducirse única y exclusivamente en servicios o apoyos a proyectos de comunidades, organizaciones o instituciones locales. Lo que implica ciertos cambios de estructura y de proceder por parte de los

proveedores de fondos y de sus órganos ejecutorios. La asistencia técnica debe convertirse también en una colaboración equitativa.

Esta concepción y estos nuevos planteamientos comienzan a imponerse progresivamente, tanto en Basilea como en Chad y Tanzania [4].

¿Qué cometido tienen y qué estrategias deben adoptar las organizaciones internacionales?

Por diversos motivos, nuestro razonamiento se aplica esencialmente a la prevención de los estados de urgencia, con miras a obtener un mejor comportamiento de las comunidades cuando éstos sobrevienen. El ejemplo del lobo que perdona a su congénere vencido debe hacernos reflexionar más allá de lo que nos muestra el excelente Museo Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. ¿Actuaría siempre así sin estructura social, fuera de ésta o si ésta fuese destruida? La reflexión a este respecto debería fundarse en tres elementos:

- hay medios adecuados para reducir la morbilidad de las enfermedades transmisibles prioritarias. El problema reside, ante todo, en su aplicación, principalmente a nivel de los grupos de población más desfavorecidos. No faltan los manuales ni los documentos relativos a esos enfoques y técnicas, particularmente en la Organización Mundial de la Salud, pero no se difunden suficientemente y, por ende, tampoco se utilizan;
- las nuevas estrategias de desarrollo de la salud hacen hincapié en la prioridad de las inversiones de la máxima eficacia, en una mejora de la calidad de la asistencia mediante una competencia constructiva entre los sectores público y privado, en la descentralización en favor del distrito o de la región sanitaria, así como en la participación de las comunidades en los costos de la salud [5]. En principio, estas estrategias deberían reducir las desigualdades y facilitar las intervenciones, pero son de temer ciertas desviaciones, sobre todo por lo que respecta a la adecuación local;
- para ser duradera, toda intervención contra las enfermedades transmisibles debe integrarse armoniosamente en las actividades periféricas de salud, incluyendo no sólo los servicios, sino también las familias, las comunidades y sus estructuras internas (tradicionales y modernas). Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los movimientos asociativos locales desempeñan y desempeñarán un papel sumamente importante en este proceso. Su diversidad y, a menudo, su falta de

profesionalismo en materia de gestión son un inconveniente, pero también ventajas indiscutibles en cuanto a la innovación y a la eficacia.

En el marco de su desarrollo y de sus reorientaciones, cada institución debería tener en cuenta sus ventajas comparativas para poder ser lo más eficaz y complementaria posible. A ese respecto, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja figuran a menudo entre las ONG locales no confesionales más antiguas, más conocidas y mejor organizadas. Saliendo de los caminos trillados, teniendo en cuenta las realidades locales, fijándose objetivos claros y poniendo su experiencia y su potencial al servicio de los movimientos asociativos locales, las Sociedades Nacionales tienen, a nuestro juicio, un enorme potencial por lo que respecta al desarrollo de la salud.

Para estar motivadas y garantizar la continuidad de sus intervenciones, estas Sociedades deberían tener una «misión» mundial y objetivos locales. La misión es bastante evidente: ocuparse de las personas desplazadas y de los más pobres material, física y moralmente. Los objetivos deberían definirse, claro está, localmente, de común acuerdo y teniendo en cuenta las características socioeconómicas y culturales del país; en cuanto a la Federación, debería desempeñar el papel de guía y de centro de intercambio de ideas y experiencias.

Así pues, solo podemos dar algunas ideas sueltas que, a nuestro juicio, contribuirían a reducir de manera paulatina, pero duradera, los efectos de las enfermedades transmisibles:

- identificar a los excluidos y los olvidados de los sistemas sanitarios; promover y proseguir la atención a sus necesidades;
- interesarse por los movimientos migratorios en las zonas urbanas, favorecer la inserción de los inmigrantes y su asistencia por los sistemas de salud, facilitar la reinserción en los medios rurales de los que desean retornar;
- apoyar a los movimientos asociativos locales que tengan entre sus objetivos el desarrollo de la salud y la mejora de su entorno, prestándoles para ello ayuda, por ejemplo, en el ámbito de la gestión y de la recaudación de fondos, una garantía moral en caso dado, o contribuyendo a federarlos si ello pudiera reforzar sus acciones;
- promover la difusión y la adecuada utilización en las familias y las comunidades de material educativo sobre la salud; evaluar su impacto y contribuir así a mejorarlo;
- garantizar, en el mismo orden de ideas, dentro de los servicios periféricos de salud la difusión periódica de documentos técnicos esenciales, que a menudo no se difunden fuera del nivel central;

- transmitir «mensajes» sobre la salud y los problemas de los más menesterosos, tanto a la periferia como a nivel central, y tomar iniciativas para que los grupos más favorecidos tomen más conciencia de las desigualdades reinantes en el ámbito de la salud.

Estos objetivos, que son ante todo promocionales, implican nuevas competencias, otras motivaciones y un cambio de actitud. Efectivamente, se trata, sobre todo, no ya de actuar, sino de hacer que actúen otros; no ya de asociarse, sino de facilitar la asociación de otros; no ya de movilizar, sino de hacer lo posible para que los otros se movilicen. Así por ejemplo, en caso de epidemia o de catástrofe mayor, el indicador de eficacia ya no sería el número de voluntarios o de equipos móviles de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja implicados en la lucha, sino el de todas las comunidades y asociaciones, apoyadas por la Sociedad Nacional, que participen eficazmente en la acción.

El voluntariado debería subsistir, pero actuando junto a un núcleo de verdaderos profesionales en acciones sociosanitarias. El ámbito socio-económico, incluida la sociología de las organizaciones, nos parece el más importante, ya que suele ser todavía deficiente en los sistemas sanitarios. Tal enfoque requeriría también, a la vez, un proceso de evaluación interna continua y actividades de investigación. Es evidente que éstas deberían centrarse exclusivamente en las operaciones y la acción, propiciando los métodos participativos de investigación, tanto con las comunidades («investigación popular») como con los círculos universitarios. Las Sociedades Nacionales podrían desempeñar así un papel de enlace entre los sistemas sanitarios y los grupos más desfavorecidos de la población, por una parte, y entre los científicos universitarios y los «investigadores populares», por otra.

El profesor Antoine Degrémont es director del Instituto Tropical Suizo desde octubre de 1987. Con anterioridad, varios años de práctica en los países tropicales, particularmente en África, le valieron una rica experiencia en el ámbito de la lucha contra las enfermedades tropicales. Es miembro de diversos comités sobre los problemas de la salud de la Dirección Suiza de la Cooperación al Desarrollo y de la Ayuda Humanitaria, del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud. Como tal, ha dirigido o participado en varios proyectos de investigación sobre los problemas de epidemiología y de la lucha contra las enfermedades parasitarias, así como sobre la evaluación de los servicios sanitarios en los países en desarrollo. Es asimismo autor y coautor de numerosos artículos relacionados con esos temas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Lengeler Ch. y col.: «Community-based questionnaires and health statistics as tools for the cost efficient identification of communities at risk of urinary schistosomiasis», *Int.J.Epidemiol*, 20, 1991, pp. 796-807.
 - 2) L. Gilson: *Value for money? The efficiency of primary health care facilities in Tanzania*, University of London, 1992.
 - 3) Tanner M., Kitua A., Degrémont A., «Developing Health Research Capability in Tanzania. From a Swiss Tropical Institute Field Laboratory to the Ifakara Centre of the Tanzanian National Institute of Medical Research», *Acta Tropica*, 1994 (en prensa).
 - 4) Degrémont A., «Réflexions sur la Coopération de Santé en Afrique», *Santé Publique*, 1994 (en prensa).
 - 5) Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial (1993): Investir en la santé*, 1993, 399 pp.
-